

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1901, à 1 heure

Par E. JONESSOF

Né à Mirsk (Russie) le 9 avril 1869.

A PROPOS
DE L'AVORTEMENT
DIT TUBO-UTÉRIN

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : } MM. TILLAUX, professeur.
VARNIER et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1904

THÈSE

1904

171

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

A. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue de la Harpe, 15

1904

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1901, à 1 heure

Par E. JONESSOF

Né à Minsk (Russie) le 9 avril 1869.

A PROPOS
DE L'AVORTEMENT
DIT TUBO-UTÉRIN

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : } MM. TILLAUX, professeur.
VARNIER et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen. Professeurs		M. BROUARDEL
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
Pathologie médicale		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		HUTINEL.
Histologie		LANNELONGUE
Opérations et appareils		CORNIL.
Matière médicale et pharmacologie		MATHIAS DUVAL
Thérapeutique		TERRIER.
Hygiène		POUCHET.
Médecine légale		LANDOUZY
Histoire de la médecine et de la chirurgie		PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée		BROUARDEL.
		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELRET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A PROPOS
DE
L'AVORTEMENT
DIT TUBO-UTÉRIN

AVANT-PROPOS

Il est d'usage de prendre comme sujet de thèse inaugurale soit quelque fait nouveau ou rarement observé soit une interprétation nouvelle des faits déjà connus.

Notre sujet ne rentre pas tout à fait dans le cadre de ces deux ordres de thèses.

Nous avons cru qu'essayer de réfuter une notion que nous considérons comme erronée, c'est aussi faire la science et dans l'espèce en apportant une modeste contribution à l'étude de l'histoire de la grossesse extra-utérine, nous croyons servir les malades.

En étudiant de près les faits publiés par quelques auteurs sous le titre d'avortement tubo-utérin, en les

soumettant à une critique scientifique rigoureuse nous ne pouvons pas admettre l'existence de cet avortement.

L'avortement tubo-utérin peut être une élégante conception *a priori*, mais en réalité il ne nous paraît pas exister ou plutôt, son existence n'est pas démontrée scientifiquement.

Nous verrons dans le cours de ce travail l'importance pratique immédiate qu'il y a à combattre cette notion, mais il y a aussi des considérations d'ordre plus élevé à savoir, qu'il est d'intérêt de la science, qu'une notion nouvelle n'entre dans le domaine de ses acquisitions qu'après avoir été strictement démontrée.

Ceci étant dit, nous avons un devoir à remplir.

Arrivé aux termes de nos études nous tenons à remercier nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux et en premier lieu le Professeur Pinard, de l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Son enseignement clinique, clair, pratique, attachant, empreint d'une si grande affection pour ses parturientes et ses malades, l'idée haute de sa mission d'accoucheur, qu'il fait partager par ses élèves, ont produit sur nous une très grande impression, qui, nous l'espérons ne s'effacera pas de sitôt.

C'est au Professeur Pinard que nous dédions ce modeste travail.

Le docteur Paquy, chef de clinique à Baudelocque a bien voulu nous diriger de ses conseils au cours de ce travail. Nous lui en sommes bien reconnaissant.

PRÉFACE

L'avortement dit tubo-utérin n'est pas une notion très récente.

La première publication sur ce sujet est, croyons-nous, l'observation publiée par Cornélius Williams dans le *New-York Medical Journal* en mars 1878. Au mois de décembre de la même année Barney publie dans le même journal une autre observation.

Ces deux observations ont été uniques dans la science, quand Trush en 1886 rapporte un troisième cas devant la Société obstétricale de Cincinnati, Parquer un quatrième devant la Société gynécologique de Chicago.

Nous verrons dans le cours de notre travail que ces quatre cas, comme les suivants dont nous allons parler, ne sont nullement des cas d'avortement tubo-utérin. Nous les mentionnons, soit parcequ'ils ont été publiés par leurs auteurs, soit parce que d'autres auteurs les ont classés sous ce titre.

Ensuite, Axtell, Grandin, Gray, Boldt, Mac Lean Taft, américains, Gebhardt, Scutch, Mittermayer et Eierman, allemands, Malinovsky russe et Pilliet en ont publié des observations.

En 1899 Vial réunit quinze de ces cas dans sa thèse soutenue à Nancy enfin, tout récemment M. Lutaud, dans la dernière édition de son *Manuel complet de gynécologie* en dit quelques mots.

« Lorsque l'œuf, dit M. Lutaud, s'est greffé dans la portion interne de la trompe, il peut être expulsé spontanément dans l'utérus, c'est l'avortement tubaire.

D'après des observations et des recherches récentes, l'avortement tubaire est assez fréquent et s'il avait passé inaperçu jusqu'à ce jour, c'est que les symptômes et les phénomènes cliniques, qui l'y rattachent, sont ceux de l'avortement normal ».

Et nous, nous ajouterons à cela que précisément, parce que les symptômes et les phénomènes cliniques sont les mêmes que l'on prend l'avortement ordinaire pour l'avortement tubaire.

Avant d'entrer dans la question même qui nous occupe, nous croyons utile de rappeler très succinctement l'anatomie de la trompe, la classification des grossesses tubaires et leurs modes d'interruption spontanée.

Les grossesses tubaires et leurs modes d'interruption spontanée.

On distingue à la trompe trois portions : une extrémité interne ou portion interstitielle, une portion moyenne ou corps, et une extrémité externe qui est le pavillon. La portion interstitielle de la trompe est située dans l'épaisseur même de la paroi utérine. Elle débouche dans l'utérus par un petit orifice arrondi de 1 millimètre de diamètre : cet orifice (*ostium uterinum*) s'ouvre au sommet de l'*infundibulum* qui constitue l'angle supérieur de la cavité utérine. Le corps de la trompe se subdivise lui-même en deux parties distinctes, qui diffèrent d'aspect et de volume : une portion interne appelée l'isthme et une portion externe, l'ampoule.

L'isthme ainsi appelé en raison de son petit calibre ne mesure que 3 ou 4 cm. de longueur sur 3 ou 4 mm. de diamètre.

L'ampoule beaucoup plus large puisqu'elle atteint 8 à 9 mm. de diamètre a 8 cm. de longueur. Elle se distingue encore de l'isthme par la minceur de sa paroi et par sa consistance qui est beaucoup plus molle. Enfin la trompe se termine par le pavillon qui s'ouvre en pleine cavité péritonéale par l'*ostium abdominale*. La trompe utérine est creusée intérieurement et dans toute sa longueur d'une cavité tubuleuse dont le dia-

mètre augmente comme celui de la cavité elle-même en allant de l'ostium uterinum vers l'ostium abdominale. Permettant à peine d'introduire une soie de sanglier dans l'ostium uterinum, on pourrait facilement pénétrer dans l'ampoule avec une sonde de moyen calibre. La trompe a trois tuniques, une tunique externe séreuse, moyenne-muscleuse et interne-muqueuse.

C'est sur les divisions de la trompe elle-même, partie interstitielle, ampoule et pavillon qu'est basée la division des grossesses tubaires, en grossesse interstitielle, qui se subdivise elle-même en utéro-interstitielle et tubo-interstitielle, grossesse tubaire, proprement dite et ampolaire, et grossesse tubo-abdominale et grossesse ovarique, lorsque l'ovaire contribue à former la paroi du kyste.

Interruptions non-opératoires des grossesses tubaires.

Quelque soit le siège de la grossesse, elle évolue exceptionnellement jusqu'à l'époque de viabilité du fœtus. L'évolution d'une grossesse ectopique présente un danger permanent pour la malade et l'intervention opératoire est nécessaire dès que le diagnostic est posé avec certitude. Mais l'intervention pour une cause ou une autre peut ne pas être effectuée au temps voulu.

Quelle est alors la *terminaison spontanée* d'une grossesse tubaire ?

L'embryon ou le fœtus est vivant.

Il peut se produire une hémorrhagie entre les parois de la trompe et l'œuf, le sang ainsi épanché constitue une petite tumeur qui n'est autre chose qu'un hémato-salpinx. Cette tumeur est formée par un ou plusieurs caillots qui peuvent s'infiltrer de cellules embryonnaires et se résorber. C'est la guérison spontanée, terminaison assez rare. Dans d'autres cas, la tumeur se met à suppurer et une intervention est alors nécessaire.

Dans la grande majorité des cas la grossesse est interrompue par la rupture de la trompe. Cet accident est extrêmement grave, il provoque cette hémorrhagie foudroyante, que Barnes a appelé cataclysmique.

Dans le cas de mort du fœtus, une terminaison heureuse, c'est quand les membranes s'épaississent. Il se forme ainsi un kyste fibreux. Lorsque le fœtus est volumineux et séjourne longtemps dans la cavité abdominale sans produire d'accident, il subit soit une dégénérescence graisseuse, soit une calcification, la tumeur prend alors le nom de lithopédion. Mais même dans ces derniers cas, la rupture du kyste est toujours possible.

Mais à côté de ces terminaisons, très graves pour la plupart, quelques auteurs ont publié des cas d'avortement tubo-utérin. Ces cas d'avortement tubo-utérin pouvant survenir spontanément, il n'y avait qu'un pas à franchir, pour aller les provoquer, soit par l'électricité, soit par d'autres moyens.

Nous verrons combien ces pratiques sont déplorables, mais avant, nous voulons donner une définition de l'avortement.

L'avortement dit tubo-utérin.

L'avortement, c'est l'interruption de la grossesse suivie de l'expulsion du produit de conception par les voies physiologiques.

Nous ajoutons à dessein, « par les voies physiologiques », bien que cela se sous-entende, car dans quelques observations qui semblent confirmer l'avortement tubo-utérin, et même lui servant de base, nous voyons l'effondrement de la paroi utérine et l'expulsion, ou même l'extraction du fœtus par cette plaie classées sous ce titre. Au point de vue scientifique, cela n'est vraiment pas admissible. Par extension du mot « avortement », pour dire que la grossesse n'a pas abouti, on peut dire qu'elle a avorté.

Mais obstétricalement parlant il n'y a pas d'avortement dans un cas pareil.

Supposons par extraordinaire qu'une femme enceinte de quatre mois, par exemple, ait par suite d'une cause quelconque une plaie qui fait communiquer son utérus avec le rectum.

La grossesse est interrompue et le fœtus tombe dans le rectum, nous ne pouvons pas admettre que l'on désigne un pareil cas sous le titre d'avortement utéro-rectal.

Un avortement n'est donc en obstétrique un avorte-

ment, que quand le produit de conception est expulsé par les voies physiologiques.

Vial a donné une définition de l'avortement tubaire, conforme à celle que nous venons de donner, qui d'ailleurs est la définition classique. « Il dit que l'avortement consiste dans l'expulsion totale ou partielle, avant l'âge de la viabilité fœtale, de l'œuf inséré dans la trompe, à travers l'un des orifices *naturels* de celle-ci, et *sans ruptures de sa paroi* ». Voilà sa définition et dans une de ses observations, bases de la conception de l'avortement tubaire, nous lisons : « L'auteur (Gebhardt) conclut à une grossesse tubaire, dont le fœtus succomba et se réduisit à un squelette : la cloison qui séparait la trompe de la cavité utérine fut vraisemblablement effondrée par le cathétérisme : une voie fut ainsi ouverte qui permit l'expulsion du squelette ». Pour qu'il y ait un avortement tubo-utérin, il faut que l'embryon ou le fœtus passe à travers l'ostium utérinum, l'intégrité de la trompe étant parfaite, ce qui ne s'est pas rencontré ici, puisque ce chirurgien aurait effondré une cloison (?) qui séparait la trompe de la cavité utérine.

Il est évident, que, quand l'œuf se développe dans la portion utérine de la trompe et fait même saillie dans l'utérus, comme cela a lieu dans la variété tubo-interstitielle, l'expulsion partielle ou totale, ou plutôt la rupture dans l'utérus est possible. Cette rupture dans l'utérus a été observée par les auteurs. Ainsi, M. Pozzi dit dans son livre (1) que dans les cas excessivement

1. *Gynécologie*, Pozzi, p. 949.

rare la rupture a lieu dans l'utérus lui-même. Il faut pour cela que la grossesse se soit développée dans l'épaisseur des parois utérines, qu'elle soit tubo-utérine et il cite l'observation de Machka (1) que nous reproduisons.

Dans une autopsie judiciaire provoquée par une mort subite, qui en Autriche entraîne *de plano* l'intervention du médecin légiste on trouve une grossesse interstitielle avec rupture de la cavité utérine. Le corps du fœtus avait passé par cette déchirure, et, de là, dans l'utérus, d'où il avait été extrait, mais la tête était restée dans le kyste fœtal.

Cette variété est rare, très difficile à diagnostiquer sur le vivant et nous allons voir si dans les cas de grossesses tubaires, excepté cette variété, l'expulsion à travers l'ostium uterinum est possible.

Nous avons vu que la trompe peut être comparée à un entonnoir, dont la partie rétrécie se trouve du côté de l'utérus et la partie dilatée du côté du pavillon. La partie interne est tellement rétrécie, que d'après Ribemont Dessaignes et Lepage, elle est capillaire et après la discussion sur la possibilité de pénétration du liquide des injections intra-utérines dans la trompe par l'ostium, l'opinion de Tarnier, que le liquide ne pénètre pas de l'utérus dans la trompe prévalut.

Nous pouvons citer encore une autre observation analogue à la précédente, c'est celle de Gilbert (*Boston medic. and surg. Journ.* 3 m. 1877) rapportée dans la

1. Machka. (*Wien. medic. Wochenschr.* 1885, 42, p. 1879.

Revue des sciences médicales de Hayem, t. II, 1878, page 597. Il s'agit là d'une grossesse ectopique de 6 mois. Par l'orifice du col, lisons-nous dans cette observation, le doigt pénètre sans obstacle dans la cavité utérine, à gauche le tissu de cet organe paraissait être celui d'un utérus non gravide, mais à droite immédiatement en dedans et sur le bord de l'orifice du col on sentait parfaitement la tête fœtale recouverte par une mince membrane, qui semblait participer jusqu'à un certain point aux contractions utérines. Le Docteur Gilbert voyant qu'il avait là affaire à une grossesse extra-utérine prit un scarificateur utérin de Miller, le glissa le long du doigt jusqu'à l'intérieur du col et incisa la cloison dans l'étendue d'un pouce environ.

Une légère hémorrhagie suivit cette opération, le lendemain la tête fœtale se présentait à l'orifice du col recouverte par les membranes, l'accouchement se termina le 14 juillet, l'enfant mort six semaines plus tard pesait 4 livres.

Il est regrettable, que ces deux observations ne soient pas tombées entre les mains des auteurs de l'« avortement tubo-utérin », mais ni M. Pozzi, ni Machka, ni Gilbert n'ont jamais rangé cette rupture sous la rubrique de l'avortement.

La trompe ayant la forme d'un entonnoir avec l'orifice rétréci à sa partie externe utérine, il s'ensuit, que l'œuf aura toujours une tendance à s'orienter vers la partie plus dilatée de la trompe et pour ainsi dire remonter vers l'ostium abdominale. Un œuf de 12 à 15 jours mesurerait d'après Hertwig 5 à 6

mm. de diamètre c'est-à-dire 4 à 5 fois plus que le diamètre de l'orifice de l'ostium uterinum. Si l'on admet que la trompe est non seulement dilatée sous la poussée de l'embryon en voie de croissance, mais subit aussi une hypertrophie analogue à celle de l'utérus gravis, l'ostium uterinum a-t-il une ouverture suffisante pour laisser passer l'embryon, ou la trompe se contracte-elle et produit une dilatation de l'ostium résultat d'un véritable travail d'accouchement ?

Nous avons posé ces questions, nous ne croyons pas qu'on puisse y répondre dans le sens des partisans de l'avortement tubo-utérin, mais nous pensons aussi qu'on ne doit ni nier ni affirmer *a priori*. C'est l'observation seule qui doit nous donner une réponse. Nous allons analyser les observations publiées par les auteurs et dans cette analyse nous chercherons la réponse aux questions qui nous occupent.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Avant de commenter chaque cas en particulier, nous voulons les classer et dire quelques mots de toutes les observations, de celles que nous avons recueillies personnellement dans la science, et de celles qui sont publiées dans la thèse de Vial.

Toutes ces observations sont citées, soit par leurs auteurs, soit par d'autres, comme base de la notion de l'avortement tubo-utérin.

Nous n'en trouvons pas une seule, parmi les 17 observations que nous avons réunies qui soit satisfaisante à ce point de vue.

Si cette notion était scientifiquement établie, si le processus de cet avortement était pour ainsi dire saisi sur le fait, quelques-unes de ces observations pourraient, le cas échéant, se prêter à cette interprétation, mais comme base de cette notion, il n'en est pas une seule qui soit suffisante.

Il semblerait en les lisant, que l'avortement tubo-utérin existe, que son existence est hors de doute, et que ces observations, — nous ne parlons que de quelques-unes, les autres n'ayant absolument aucun rapport avec le titre sous lequel elles sont publiées, — ne sont appelées

qu'à illustrer cette notion et à multiplier les exemples.

Nous n'ignorons pas qu'on peut en science émettre une hypothèse sur la possibilité d'un certain fait, et puis le vérifier, soit par l'observation, soit par l'expérimentation. Grâce à cette voie de recherche, la science s'est enrichie de notions de très grande importance. Mais avant que l'hypothèse devienne notion acquise, il est nécessaire de passer par l'observation répétée ou par l'expérience. Ce devoir devient doublement impérieux dans les sciences médicales, car ici une notion définitivement acquise dirige et autorise l'intervention.

Si l'avortement tubo-utérin spontané existe on est autorisé à le provoquer, mais si son existence est problématique, c'est-à-dire n'existe pas scientifiquement, toute intervention tendant à interrompre la grossesse prétendue ectopique, devient une tentative d'avortement, souvent suivie de succès, d'une grossesse utérine. Et c'est là, la portée pratique de notre modeste travail. Nous croyons que tous les succès obtenus par les auteurs en électrisant les grossesses soi-disant ectopiques, n'ont été que des avortements provoqués de grossesses utérines.

Mais abstraction faite de ce raisonnement il y a encore quelques critiques à faire sur la manière dont le diagnostic était établi dans ces observations.

Le diagnostic de grossesse tubaire a été dans presque tous les cas établi sur le palper abdominal.

Le palper abdominal est un mode d'investigation de première importance, toujours excepté dans les cas, qui nous intéressent dans ce travail.

Nous ne voulons pas dire qu'il n'est pas d'un grand secours, mais son action est limitée dans la première période des grossesses ectopiques.

Ainsi, d'après Pinard (1), le maître du palper abdominal, ce mode d'investigation est très précieux « pendant la période qui s'étend, depuis le moment où l'on constate les signes certains de grossesse, jusqu'à la mort du fœtus et pendant la période de rétention du fœtus mort », mais présente des difficultés considérables, « pendant la période qui s'étend depuis le début de la grossesse, jusqu'au moment où l'on peut percevoir un ou plusieurs signes de certitude, c'est-à-dire pendant les 4 ou 5 premiers mois. »

« Pour la première période, nous citons textuellement, le diagnostic est extrêmement difficile, sinon impossible.

Cependant, le palper permet de reconnaître quelquefois, dès le début, une tumeur qui n'est pas sur la ligne médiane, et qui tend à repousser l'utérus en avant ou sur les côtés.

Mais il faut les reconnaître, ces simples constatations, qui ne conduisent qu'à une probabilité ou, mieux encore, à une présomption, ne sont pas aussi faciles qu'on pourrait le croire ».

Et, en effet, comme on peut s'en rendre compte en lisant les observations, ce mode d'exploration paraît avoir desservi leurs auteurs.

1. A. Pinard. *Traité du palper abdominal en obstétrique*, Chap. *grossesse ectopique*.

Dans 8 observations sur 17, rien n'autorise à croire qu'il s'est agi d'une grossesse tubaire, ce qui nous dispense de discuter la possibilité d'un avortement tubo-utérin. Ce sont les observations portant les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 et 10.

Dans trois observations, celles de Pilliet portant les numéros 7 et 8 et de Mittermayer le numéro 9, la grossesse tubaire est certaine, mais il n'y a pas eu d'avortement. Dans l'observation de Mittermayer tout ce qui est en faveur de cet avortement, c'est que la malade dit un jour avoir perdu de l'eau. Cette eau, qui aurait été du liquide amniotique, n'a jamais été analysée ni même vue par l'auteur ou un autre médecin.

Dans les observations de Pilliet 7 et 8 l'avortement est basé sur les hémorrhagies, accompagnées de lambeaux de membranes.

En commentant l'observation, nous démontrons par des exemples que les métrorrhagies n'ont pas la signification que l'auteur leur attribue, et quant à la membrane, cela ne peut être que la caduque utérine. On sait que la caduque utérine existe dans les premiers temps de grossesse extra-utérine, elle peut être privée de relations avec la caduque tubaire, qui en est le point de départ et elle tombe de six semaines à trois mois après la conception.

L'observation n° 15 de Gray est, suivant l'auteur lui-même, celle d'une grossesse développée dans un sac (?) de l'utérus effondré par un curettage, comme dans l'observation n° 15 de Gebhardt la trompe a été effondrée

par un cathéter. Nous avons insisté dans notre premier chapitre sur la définition de l'avortement, nous avons vu que l'effondrement est une plaie spontanée ou artificielle. Dans deux cas, observations 10 et 16, la grossesse se serait développée dans une corne d'un utérus bicorne, dans un troisième cas, celui de Eierman, observation n° 11, nous ne voyons qu'une malformation utérine, qui relève plutôt de la tératologie que de la pathologie ou physiologie.

Ce fait, d'ailleurs, ne paraît pas être très rare, et plusieurs fois a prêté à une confusion avec la grossesse ectopique.

Dans un article très documenté, paru récemment (mars 1900) dans l'*American Journal of obstetric*, Brook H. Wels parle de plusieurs cas de grossesse, développés dans une corne ou dans un utérus bifide, et cite quelques exemples où ces grossesses ont été assez longtemps considérées comme tubaires.

Le cas de Mac Léan Taft, observation n° 17 est intitulé par l'auteur rupture d'une grossesse interstitielle dans l'utérus.

Nous avons dit dans notre préface ce que l'on entend par avortement. Dans ce cas nous ne voyons pas d'avortement.

Ainsi dans toutes les observations, nous sommes en présence tantôt des grossesses qui ont été prises pour tubaires, tantôt en présence des grossesses développées dans des utérus bicornes tantôt enfin en face des ruptures dans l'utérus, ruptures toujours provoquées par les auteurs. Une rupture provoquée n'est pas un

avortement. Il y a enfin trois observations de grossesses tubaires, mais rien ne permet d'affirmer qu'il y a eu avortement.

Après avoir passé en revue toutes les observations, nous allons les analyser en détail. Nous donnons le texte *in extenso* de quelques observations, les autres, qui ont été bien résumées, nous les copions soit dans les comptes-rendus des sociétés où elles ont été rapportées soit dans la thèse de Vial.

OBSERVATION I

A case of tubal Pregnancy termination by expulsion of the foetus through the natural passages. Un cas de grossesse tubaire terminé par la sortie du fœtus à travers les voies naturelles par Cornelius Williams (*In New-York Journ.* déc. 1878. *In Revue de sciences médic. en France et à l'Etranger.* par G. Hayem. T. XIII p. 611.

Madame X, âgée de 29 ans, avait eu un enfant 7 ans avant, quand en juin 1878, elle commença à éprouver les symptômes de la grossesse, nausées, gonflement des seins, etc. Elle eut, pendant l'été, quelques pertes, dont l'une assez abondante vers le 15 août. Un mois après, nouvelles pertes durant 3 jours, et douleurs très vives au bas ventre du côté gauche. Le toucher vaginal montre que le col était dur, long, poussé en arrière, que le col était un peu fléchi en avant, et accolé au pelvis du côté droit, d'ailleurs mobile. Du côté du pelvis, existait une tumeur élastique piriforme, qui semblait longue de 5 pouces(1). A travers les parois abdominales, lâches et peu épaissies, on pouvait la

(1) Un pouce est égal à 2,54 centim.

palper aisément. L'utérus et la tumeur se déplacent ensemble. Le bord supérieur de la tumeur semblait aboutir au fond de l'utérus. La tumeur était légèrement fluctuante, mais on ne put sentir de ballotement. L'utérus fut cathétérisé, une sonde y pénétrait sur une longueur de 3 pouces. Enfin, le cinquième jour, les douleurs de plus en plus vives devinrent régulières, partant toujours du côté gauche pour s'étendre à droite, sans que l'on put sentir, à aucun moment, se contracter la tumeur extra-utérine. Un gros caillot, puis le fœtus sortirent par le vagin, le fœtus mesurait 8 pouces de la tête aux fesses. Au bout d'une demi-heure on vit, la délivrance du placenta, qui était resté dans l'utérus, relié au fœtus par un cordon long de 10 pouces, il mesurait 2 pouces et demi de diamètre. La tumeur du pelvis gauche a complètement disparu. Les suites de cette fausse couche ne présentèrent rien de particulier. L'utérus reprit sa place et son volume habituels.

Cette observation ne nous paraît pas démonstrative.

Le diagnostic de grossesse tubaire, ne repose pas sur un fondement sérieux, mais en tout cas est loin d'être certain, et la terminaison de cette grossesse est pour nous au contraire un élément établissant qu'il s'agissait d'une grossesse utérine. Nous nous sommes expliqué, dans le chapitre de critique générale des observations, quelle doit être leur valeur pour qu'on puisse en tirer une notion formelle.

Dans l'espèce le cathétérisme, qui aurait constaté le vide de l'utérus, ne nous paraît pas étranger à la terminaison de cette grossesse.

OBSERVATION II

Un cas de grossesse interstitielle. Burney (N. J. médic. Journ. Mars 1878), Revue des sciences médic. T. 12 1878, p. 216.

Madame X..., mariée depuis peu, toujours bien réglée, a vu pour la dernière fois, du 1 au 5 octobre 1877. Depuis ce moment, elle eut quelques pertes du 22 au 25 novembre et, à plusieurs reprises, dans le mois de décembre.

A l'examen pratique le 25 décembre, on trouva par le palper abdominal du côté gauche de l'utérus, au niveau du détroit supérieur, une tumeur de la grosseur d'un œuf, douloureuse à la pression ; on ne pouvait sentir le fond de l'utérus. Par le toucher vaginal, on constatait que l'utérus était porté à droite, très légèrement augmenté de volume, le col avait l'apparence d'un col d'utérus. A gauche du col, on sentait une tumeur fluctuante, douloureuse à la pression.

Le cathétérisme utérin fut pratiqué, la sonde pénétra d'une longueur de 3 pouces 1/8. Le diagnostic posé fut grossesse extra-utérine.

On se décida à tenter d'amener la mort du fœtus, par le courant galvanique.

L'appareil employé fut composé des éléments de zinc et de charbon, immergés dans une solution d'acide sulfurique et de bichromate de potasse. L'électrode positive consistait en une longue tige isolée surmontée d'une balle métallique couverte d'une éponge mouillée, que l'on appliqua par l'anus sur la face rectale de la tumeur. L'électrode négative, était une large éponge humide appliquée sur l'ab-

domen. Le courant fut employé 3 minutes le premier jour et causa de fortes contractions des muscles de la paroi abdominale, avec des vives douleurs. Le deuxième jour, le courant fut appliqué deux minutes dans l'après-midi, la malade accusa de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, qui s'accompagnèrent des nausées, des vomissements et d'un léger écoulement de sang par le vagin. Le troisième pour le ventre était douloureux, en tous points, la tumeur dure, proéminente, sensible, à un moment l'écoulement sanguin s'accrut notablement.

Par l'examen de l'abdomen on reconnaît que la tumeur de la fosse iliaque gauche avait disparu, qu'au milieu de bassin à 2 pouces de l'ombilic, était une tumeur lisse symétrique comme un utérus contenant un fœtus de 3 mois. Le toucher permit de reconnaître une poche tendue, résistante faisant saillie à travers un col dilaté. Les membranes rompues il s'écoula un flot de liquide qui entraîna un fœtus mort d'environ trois mois. Le placenta suivit au bout de vingt minutes et l'utérus revint sur lui-même. Le quatrième jour la malade était dans un état satisfaisant et elle reprit bientôt ses forces comme après un avortement.

L'auteur conclut en disant que le fœtus n'était pas dans l'utérus, mais seulement au voisinage de cet organe, sans doute dans la trompe du côté gauche et si près de son entrée que la dilatation de l'orifice lui permit de pénétrer dans l'utérus.

Cette seconde observation n'est pas plus convaincante que la première.

Le diagnostic est aussi hardi que dans la première. Le malade n'étant pas en danger immédiat, une expectation était tout indiquée, d'autant plus que les éléments du diagnostic étaient loin d'avoir la certitude voulue.

Ne voulant pas nous répéter, nous renvoyons au chapitre de critique générale des observations.

OBSERVATION III

Axtell (New-York *Med. Journ.* 12 sept. 1871).

Femme ayant déjà fait plusieurs avortements et ayant eu deux accouchements normaux antérieurs. Hémorrhagies utérines croissantes. Augmentation de volume de l'utérus dont la cavité fut trouvée longue de 10 centimètres. Tous ces phénomènes font poser le diagnostic de subinvolution et endométrite. On fait un curettage. Ce dernier ramène surtout de la région de la corne droite de grands débris de muqueuse. Mais toute la cavité *sembla* vide. Les deux jours suivants rien de particulier. L'introduction de la sonde montra la vacuité utérine. Le troisième jour expulsion au milieu de contractions fortes et douloureuses, d'un fœtus long de 15 centimètres; un volumineux placenta se trouva complètement libre dans l'utérus et il fut extrait.

Axtell conclut qu'il s'est agi d'une grossesse tubaire-interstitielle droite qui s'est terminée par avortement tubo utérin.

L'auteur n'affirme pas, il dit seulement que l'utérus

semble vide. Rien n'autorise à conclure qu'il s'est agi d'une grossesse tubaire, et encore moins d'un avortement tubo-utérin. Cette observation est, d'ailleurs, très incomplète, mais il est évident que Vial a eu tort de la classer sous le titre d'avortement tubo-utérin, exclusivement parce que telle est la conclusion de l'auteur.

OBSERVATION IV

Trush (J.). — (*Soc. obstétr. de Cincinnati*, 16 sept. 1886.)
In Americ. J. of Obst., 1886, p. 1259-1293. — Grossesse interstitielle.

La malade fut prise tout à coup d'une atroce douleur dans le ventre et s'évanouit. En revenant à elle, elle vomit et sentit à nouveau sa douleur, qui ne fut calmée que par la morphine.

Trush, fit alors des applications faradiques, le pôle négatif dans le vagin, et le pôle positif en avant de la tumeur. Ces applications, faites avec des courants très forts, furent bien supportées. La malade ne vomissait plus, et son état s'améliorait de plus en plus. Au bout de 6 mois, elle expulsa un œuf flasque, entier, renfermant un fœtus de trois mois et demi.

Trush estime qu'il y a eu passage de l'œuf, de la trompe dans l'utérus.

Cette observation, très incomplète aussi, ne dit absolument rien en faveur de l'avortement tubo-utérin. Nous ne savons pas si nous nous trouvons ici en face d'une grossesse tubaire. Nous ne savons ni la nature,

ni la localisation de la tumeur. Il est vrai, que cette observation se prête à des hypothèses, mais il est impossible de dire, pourquoi Trush estime qu'il y a eu passage de l'œuf de la trompe dans l'utérus.

OBSERVATION V

Grandin (N.-J.), *Americ. Journ. of obstetr.* 1892, page 27.

Mme B..., mariée, nullipare, ayant toujours été bien réglée jusqu'au 16 juin passé. Les règles de juillet, qu'elle attendait vers le 14, manquèrent. Quelques jours après, douleurs abdominales, sous forme de coliques, très intenses. L'utérus était en antéflexion, mobile, pas sensiblement élargi. La trompe droite était manifestement dilatée, mobile et située plus bas que normalement. L'auteur porte le diagnostic de grossesse tubaire, lequel fut partagé par le Dr Cole, qui l'avait appelé en consultation. On résolut d'appliquer un traitement électrique. Après avoir fait tous les préparatifs pour une laparatomie, en cas de rupture, on se servit d'un courant galvanique de 50 milliampères.

Le 31 août, l'exploration montra que l'électricité avait donné des résultats favorables. L'utérus était élargi symétriquement et ramolli à l'extrémité du col. L'auteur porta alors le diagnostic de grossesse utérine.

Le 12 novembre, l'utérus avait encore régulièrement augmenté de volume, et avait les dimensions d'un utérus gravide de 4 mois : c'est le diagnostic qui fut porté.

Il s'agissait donc d'une grossesse extra-utérine, conver-

tie en grossesse utérine. Les faits sur lesquels repose ce diagnostic sont l'histoire de la malade, les renseignements fournis par l'examen objectif, la disparition de la dilatation tubaire, sous l'influence de l'administration d'un courant galvanique, et l'apparition simultanée d'une grossesse utérine.

Nous n'avons pas d'éléments suffisants pour croire qu'il s'agissait là d'une grossesse extra-utérine. On ne peut en faire, en effet le diagnostic en s'appuyant sur les douleurs abdominales, sur les coliques même très intenses et dont l'auteur ne précise pas le siège. Nous pensons donc que ce diagnostic ne repose sur aucun fondement et que l'auteur aurait mieux fait de ne pas soumettre sa cliente au traitement électrique.

OBSERVATION VI

Parkes, (*Soc. Gynécol. de Chicago*, 21 janv. 1887).
Grossesse extra-utérine, dans laquelle le produit fut expulsé par l'utérus.

L'auteur crut d'abord, en septembre 1886, que la malade portait un fibrome, et lui fit prendre de l'ergot. Ce médicament lui causa tant de douleurs, qu'elle dut en cesser l'emploi.

Le 10 décembre, le mari de la malade apporta à Parkes un fragment d'os. Ayant dilaté le col avec des tiges de tupélo, et introduit le doigt, il y trouva un orifice rempli de fragments osseux. Enfin, il réussit à extraire la pièce

qu'il présenta à la Société. Elle était constituée par des os, des fibres musculaires et du tissu conjonctif.

W. Jaggard y reconnaît un lithopédion.

Ce cas, non plus, ne nous paraît pas être un cas de grossesse tubaire. L'auteur croyait à un fibrome, qu'il ne localise pas d'ailleurs.

Mais, même admettant qu'il ne s'agissait pas d'un cas de rétention d'un fœtus mort et macéré, mais bien d'un lithopédion, venant d'une trompe, ce n'est toujours pas un avortement tubo-utérin.

Une observation analogue à celle-ci est rapporté par Richard Purefoy (*The. Dublin Journ. et médecine science Ann.* 1877), que nous trouvons aussi dans la *Revue de science med.* de Hayem T. II. 1878 page 528.

Il s'agit là aussi d'une tubaire gauche, terminée par l'expulsion d'un fœtus putréfié dans l'utérus. L'auteur rapporte ce cas sans l'appeler, exactement tubo-utérin.

OBSERVATION VII

Pilliet. (*Progrès médical*, 7 avril 1894).

La nommée Cuch... Louise, âgée de 30 ans, entre dans le service de M. le professeur Tillaux le 22 novembre 1893.

A eu un enfant en décembre 1891.

Le 13 janvier 1893, accouche d'un enfant de 8 mois.

En février, douleurs abdominales. Les règles reviennent dans le courant de février.

Les douleurs persistent durant les mois suivants.

Fin août 1893, les règles ne viennent pas à l'époque attendue ; la malade croit alors être enceinte.

A la fin de septembre, pertes abondantes durant 8 jours, avec caillots, parmi lesquels la malade trouve une masse charnue du volume d'une mandarine. On trouve alors une tuméfaction dans le cul-de-sac gauche. Depuis ce temps, les douleurs continuent comme avant ; pertes légères tous les jours.

Entrée dans le service du Professeur Tillaux, le 11 octobre 1893.

On constate alors l'existence d'une tumeur volumineuse, grosse comme le poing, dure, douloureuse, dans le cul-de-sac gauche et postérieur, accolée à l'utérus et appliquée sur lui jusqu'au col. Impossible d'en différencier le corps utérin. Rien à droite.

Malade très affaiblie, pâle, anémiée.

Le 22 novembre, l'examen révèle à gauche une tumeur du volume d'un œuf petit, molle, douloureuse. A droite, tumeur plus petite accolée à la corne droite et se prolongeant en avant. Les pertes légères journalières continuent quelques jours, puis cessent le 25 novembre.

Le 27 novembre, réapparition des règles avec abondance. Durée 3 à 4 jours, puis un suintement peu abondant persiste comme avant.

Opération pratiquée par M. Tillaux, le 7 décembre ; ablation des annexes malades. Guérison.

Examen de la pièce.

La trompe et l'ovaire forment une masse unique, cloisonnant un caillot dont l'ensemble égale le volume du

poing. Ce caillot est formé de couches alternatives de sang noir coagulé, de fibrine, etc. Son centre est occupé par une cavité amniotique assez grande, lisse et contenant un liquide clair.

Il n'y a pas traces de fœtus. La présence de la cavité amniotique suffisant à légitimer le diagnostic, on n'a pas multiplié des recherches qui auraient eu pour premier résultat, l'anéantissement de la pièce. Le caillot était considérable, malgré un avortement antérieur, ce qui montre bien comment ces poches tubaires se remplissent peu à peu. Il n'est pas à présumer que le fœtus ait été expulsé lors de cette première perte de la poche amniotique qui était intacte. Il s'était simplement résorbé, ce qui arrive souvent dans ces cas sans qu'on connaisse par quel mécanisme.

Au point de vue clinique, la marche de la maladie aurait pu faire faire le diagnostic, car la malade avait présenté des signes de grossesse ; et à un moment donné, on avait constaté l'arrêt de ces symptômes et une perte de caillots qui avait fait penser à un avortement. L'avortement était réel, mais l'œuf siégeait dans la trompe ; et dans ces cas, son expulsion n'est à peu près jamais totale, ces signes d'avortement incomplet se retrouvent dans l'observation suivante.

OBSERVATION VII

La nommée Chara... Gabrielle, modiste, âgée de 23 ans, entre le 28 novembre 1893 dans le service de M. le professeur Tillaux, salle Gosselin, lit n° 13.

Antécédents. — Une hémoptysie l'hiver dernier.

Hist. de la maladie. — Il y a deux ans, accouche d'un enfant qui meurt au bout de cinq jours. Vers la fin d'août 1893, sans arrêt constaté des règles, la malade est prise de métrorrhagies abondantes, contre lesquelles elle emploie des injections très chaudes. A la fin de septembre survient une métrorrhagie plus abondante avec caillots et dans laquelle on trouve une membrane. Depuis cette métrorrhagie, un léger écoulement sanguin persiste tous les jours. Elle entre à la Charité le 28 novembre 1893. A son entrée, l'examen des organes génitaux montre un utérus gros, douloureux, antéversé. Le col n'est pas mou, ni gros. Du côté droit on trouve, au fond du cul-de-sac, une tumeur petite, dure, mobile et douloureuse. Rien à gauche. L'état général est bon, bien que la malade ait eu une hémoptysie et que l'auscultation dénote quelques légers craquements au sommet gauche.

Le 19 décembre 1893. — La laparotomie est pratiquée par M. le professeur Tillaux, qui fait l'ablation des annexes droites. Dans la trompe droite on trouve un caillot sanguin. L'ovaire droit est scléreux. Rien à gauche. Les suites opératoires furent excellentes ; la malade guérit sans accident.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La trompe est entourée et comme doublée dans toute sa portion ampullaire par des caillots cloisonnés, enfermés dans de minces membranes. On l'incise, et l'on constate à sa surface interne, la présence d'un caillot adhérent, pédiculé, du volume d'une noisette. L'ovaire est scléreux.

Les coupes passant par le caillot interne et comprenant son pédicule, montrent qu'il est composé de couches alter-

natives de sang et de fibrine, au milieu desquelles on retrouve des villosités placentaires grêles et à peu près complètement dépourvues d'arborisations latérales. Pas de cavité amniotique, mais l'œuf avait dû être expulsé au moment de l'avortement.

On peut donc reconstituer ainsi l'ordre des faits : Salpingite avec production de diverticules sous-péritonéaux ; greffe ovulaire sur cette trompe enflammée, ce qui confirme la thèse de Lawson-Tait sur la nécessité d'une dénudation préalable de la muqueuse pour que la greffe puisse prendre, et enfin, avortement incomplet au cours duquel les diverticules de la trompe se sont remplis de sang.

EN RÉSUMÉ. — *Au point de vue anatomique*, cette grossesse tubaire offre deux formules à relever. D'abord, le petit volume du caillot adhérent qui s'explique par la perte abondante de sang et de membranes qui avait lieu. Cette perte indiquait un véritable avortement tubaire. Ensuite, la disposition si curieuse de ces poches sanguines qui entourent la trompe et qui répondent à des diverticules de la muqueuse, devenus sous-péritonéaux et remplis secondairement de sang.

Au point de vue clinique, c'est un cas d'avortement tubaire parfaitement net. On retrouve les petites métrorrhagies, puis la chute de l'œuf. La malade, très intelligente, a noté qu'elle sentait un caillot contenant des membranes. Cet avortement tubaire était incomplet, comme c'est la règle, une portion de placenta est restée adhérente à la trompe, où nous l'avons retrouvée, et a continué à

fournir un léger suintement, en même temps que la trompe restait volumineuse et douloureuse.

CONCLUSIONS. — Ces deux observations présentent beaucoup de traits communs, et ces traits sont assez saisissants pour permettre d'établir le diagnostic de grossesse tubaire, avec avortement. On y trouve les signes de grossesse, les petites hémorrhagies, puis une grosse perte, qui correspond à l'expulsion d'une partie de l'œuf. A la suite de cette perte, il persiste un léger suintement, puis la trompe se remplit peu à peu et fournit une nouvelle perte.

Ces deux observations sont caractéristiques au point de vue de la légèreté avec laquelle se font ces soi-disant diagnostics d'avortement tubo-utérins.

Dans les deux cas, il y avait certainement du processus tubaire, puisque l'examen des pièces l'établissait.

Les deux malades, avaient des métrorrhagies, c'est un fait fréquent dans la grossesse tubaire. Une des malades « très intelligente » a trouvé dans les caillots, des membranes, mais d'après les seuls dires de la malade, et bien qu'elle fût très intelligente, il est impossible d'affirmer quoique ce soit.

En général, les malades et leur entourage prennent un caillot pour un œuf. En supposant, même, qu'il se fût agi dans l'espèce de véritables membranes, il est impossible de dire qu'il s'agit bien des membranes ovulaires, et non pas d'une caduque, erreur d'autant plus facile à commettre que rien ne ressemble, grossièrement, au produit d'un avortement utérin, comme

la caduque expulsée au cours d'une grossesse ectopique. Des médecins, peu expérimentés, nous l'admettons, ont pu s'y tromper, à plus forte raison, une malade même très intelligente.

Mais avec ce seul examen de la malade, les caillots rendus par la malade n'ayant jamais été examinés, la supposition qu'il s'agissait là d'un fœtus, nous paraît un peu trop hardie.

M. Piliet lui-même, dans un article des *Annales de Gynecologie*, prétend que les grossesses tubaires avec un fœtus resorbé sont très fréquentes, son absence n'est donc pas ici un élément significatif. En résumé le diagnostic n'est basé dans les deux observations que sur les métrorrhagies ce qui est absolument insuffisant.

Pour montrer cette insuffisance, nous n'avons qu'à citer une observation de M. Pinard, d'une grossesse extra-utérine développée jusqu'à terme (1).

Il s'agit là d'une nommée V., âgée de 38 ans, qui a eu ses règles pour la dernière fois le 20 août 1887. Dans le mois de janvier, elle eut une crise de douleurs, et quelques jours avant le début de cette crise, elle eut une légère hémorrhagie utérine, rendit une certaine quantité de caillots, et expulsa une membrane assez épaisse. En février et mars, à l'époque correspondante à ses règles, cette femme perdit quelques gouttes de sang.

Il y a dans l'observation de M. Pinard, des hémorrhagies avec caillots et même une membrane assez

1. A. Pinard. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine*, Paris 1892, chez Steinhel, page 12.

épaisse. Eh bien, ce n'est pas un avortement tubo-utérin, puisque le fœtus a continué à évoluer jusqu'au 23 juin 6 heures du matin, quand M. Pinard l'a extrait vivant.

OBSERVATION IX

Scutch (de Iéna) Société all. de gynec. de Leipzig le 7 juin 1897

Chez la malade dont l'auteur rapporte l'histoire il y eut expulsion d'une caduque utérine complète de 4 mm., d'épaisseur, au niveau de son pôle inférieur. L'œuf lui-même fut ensuite expulsé. Il se serait agi, suivant l'auteur, d'une grossesse développée dans la portion interstitielle de la trompe, et terminée par un avortement tubo-utérin.

Cette observation est encore une observation de présomption.

L'auteur présume qu'il se serait agi d'une grossesse tubaire. On peut aussi bien présumer qu'il se serait agi d'une grossesse utérine et d'un avortement ordinaire. En tous cas nous n'avons ici aucune certitude.

OBSERVATION X

Malinowsky. (*Jeshenedelnik*, 1897, n° 45).

A droite de l'utérus gravide, on percevait une tumeur plus petite. Après l'achèvement de l'accouchement par

cranioclasie, cette tumeur ne disparut pas. La main introduite dans l'utérus constata que le cordon ombilical, suivi depuis la cavité utérine vide, allait se perdre dans la trompe droite. L'ostium tubo-utérin laissa passer sans peine la main dans la trompe dilatée, d'où fut extrait le placenta.

Remarques. — Ce cas de grossesse tubo-utérine mérite d'être rapproché de l'avortement tubo-utérin. Le placenta, se trouvant dans la trompe, indique nettement que le développement initial de l'œuf a eu lieu dans le canal tubaire. Ce n'est que progressivement et dans le cours ultérieur de la grossesse, que l'œuf a dilaté l'ostium utérin, et est venu occuper la cavité utérine. C'est donc, en quelque sorte, un avortement tubo-utérin d'un type spécial, dans lequel l'œuf tubaire n'est resté adhérent à la trompe que par son insertion placentaire, le fœtus ayant complètement émigré dans la cavité utérine, et ayant pu y poursuivre son évolution sans encombre. Nous pourrions appliquer les mêmes remarques à l'observation suivante.

OBSERVATION XI

Eiermann. (*Monats. f. geb.*, janv. 1897.)

L'auteur rapporte un cas, dans lequel on trouve une cavité tubaire, en forme de saucisse, à parois minces, longue de 7 cent., communiquant par un orifice de la grandeur d'une pièce d'un marck avec la cavité utérine. C'est dans cette cavité tubaire qu'était le placenta. Le fœtus

avait été extrait auparavant avec la pince à pansement. C'était un avortement de trois mois.

Ces deux observations diffèrent sensiblement des autres. M. Vial les range sous le titre d'avortement tubo-utérin. Dans la première l'ostium laissait pénétrer librement la main de l'accoucheur, dans la seconde l'orifice était d'une grandeur d'un marck. Il est infiniment plus vraisemblable, contrairement à l'idée de Vial, que nous nous trouvons ici en face d'une malformation toute spéciale de l'utérus qui a préexisté à la grossesse. Quant à la seconde observation, celle d'Eiermann, il est difficile de s'en faire une opinion.

Ces quelques lignes sont absolument insuffisantes et malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver le texte complet de cette observation.

OBSERVATION XII

Mittermaier (*Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 275). — Grossesse tubaire gauche de deux mois. — Hémato-salpinx du volume du poing. — Écoulement de liquide amniotique par l'utérus. Multipare.

Dernières règles au début d'avril.

Au milieu de juin, écoulement de liquide amniotique ; la malade affirme, d'une façon très précise, qu'elle était au lit, lorsqu'elle sentit un écoulement d'eau par le vagin. En raison de ce fait, et comme bientôt survinrent des hémorrhagies par l'utérus, et que le diagnostic de grossesse utérine fut porté, le médecin appelé fit des tamponnements du vagin. Mais, comme les hémorrhagies per-

sistaient et qu'il survint des douleurs dans l'abdomen, la malade entra dans le service de Mittermaier. On constata, derrière l'utérus, une tumeur du volume du poing.

Laparotomie, à la fin de juillet, à cause du volume de la tumeur, des douleurs abdominales et des hémorrhagies utérines persistantes. La tumeur est formée par la trompe gauche qui présente quelques adhérences. Elle est enlevée. Guérison.

Dans l'hémato-salpinx, débris ovulaires. Cessation des hémorrhagies utérines depuis l'opération.

L'auteur dit, que la malade a perdu du liquide amniotique. Sur quoi base-t-il cette assertion ? « La malade affirme, d'une façon précise, qu'elle était au lit lorsqu'elle sentit un écoulement d'eau par le vagin ». Qu'est-ce que c'était que cette eau ? Nous n'en savons rien, ni M. Mittermaier non plus.

On a trouvé dans la trompe et dans la trompe seulement des débris ovulaires.

Les débris ovulaires ne sont pas sortis de la trompe, il n'y a rien qui prouve, que le liquide, que la malade dit un jour avoir perdu était du liquide amniotique. Il n'y a donc pas d'avortement dans ce cas.

OBSERVATION XIII

Boldt. Ectopic, gestation. *Th. medical News*, 1897, 17 avril page 480.

L'auteur après l'historique et quelques considérations générales sur la grossesse extra-utérine donne les deux observations suivantes :

Le 13 décembre 1883. — J'ai été appelé auprès de Léna W., âgée de 22 ans, qui était mariée depuis environ trois ans et se croyait enceinte pour la première fois, ceci s'est passé un peu plus de deux mois après ses dernières règles et, en outre, elle manifestait plusieurs autres symptômes de grossesse, comme malaise le matin, et douleurs dans les seins. Quand elle se peignait, elle éprouvait de telles douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, que plusieurs fois elle faillit tomber, il s'en suivait un état de colapsus. Les souffrances continuent avec légères intermittences de quelques heures.

Elle mourut le 17 décembre de péritonite.

A l'autopsie on constate, que la rupture s'est effectuée sur la partie postérieure de la surface utérine à côté de la jonction de la trompe.

L'abdomen était rempli de sang, correspondant à la date du premier jour de l'attaque, démontrant que si la malade eût été opérée après le premier collapsus, elle aurait été sauvée.

Nous ne citons cette observation, que parce qu'elle se trouve dans la thèse de Vial.

Il s'agit ici tout simplement d'une rupture dans l'utérus, rupture qui a occasionné la mort de la patiente.

La seconde observation de Boldt est plus intéressante. L'auteur la précède de ces quelques mots :

Une grossesse tubaire peut devenir interstitielle, ou tubo-utérine.

L'exemple suivant démontre qu'une grossesse tubaire

peut devenir une véritable grossesse utérine, ce que d'ailleurs, M. Lawson Tait ne veut pas reconnaître.

OBSERVATION XIV

Boldt Ibidem.

Le 18 février 1886. — Mme M..., âgée de 33 ans, mariée depuis 11 ans, 4 enfants, tous les accouchements normaux. Deux ans et demi depuis son dernier accouchement. Depuis le 3 de ce mois elle éprouve de fortes douleurs dans l'hypogastre droit qui irradient dans tout l'abdomen et dans la cuisse droite. Les douleurs étaient constantes et ressemblaient à des crampes.

L'utérus a un peu augmenté de volume, et la consistance est devenue plus molle.

Du côté droit il a pris une épaisseur considérable et l'examen bimanuel était pénible. L'épaississement était facilement senti un peu (à trifle un rien) en dehors de l'utérus dans la trompe.

Le 22 février. — Une sonde a été introduite dans l'utérus qui a été trouvé vide.

Le même jour un courant faradique fut appliqué aussi fort que la malade put sans inconvénient (confortable) le supporter. Le pôle positif ayant été placé sur la tumeur tubo-utérine avec l'intention de détruire la vitalité du fœtus, d'autant plus que je pensais absolument me trouver devant devant une grossesse tubo-utérine. J'ai trouvé dans mes notes que quatre séances d'électricité furent appliquées.

Au moment d'appliquer la cinquième fois, toutes les douleurs ont disparu et avec cela l'épaississement du côté

droit de l'utérus et de la trompe. La patiente a mis au monde de la sorte un enfant vivant.

Ce cas me semble tout-à-fait concluant au point de vue de la possibilité de la terminaison sus-mentionnée.

Il s'agit d'établir avant tout si c'était là bien une grossesse tubaire.

La douleur n'est pas un élément suffisant surtout dans ce cas où la femme paraît être d'une grande sensibilité. L'auteur dit, que l'utérus a augmenté de volume que son épaissement était facilement senti un peu (dans le texte anglais « a trifle » un rien) en dehors de l'utérus dans la trompe. Il nous paraît difficile de constater ce « un peu en dehors » chez une femme aussi sensible.

L'auteur dit encore que l'utérus a été trouvé vide par la sonde.

En tout cas nous n'avons pas ici de certitude et l'observation comme la conclusion ne sont pas de nature à convaincre un lecteur impartial.

OBSERVATION XIII

The American Journal of obstetric., 1895. T. 31 p. 381. Extra-utérine pregnancy of the interstitial of tubo-utérine variety.

Mme S. B. . . , 30 ans. *P. R.* à 13 ans 1/2, a eu depuis ses époques régulières et sans douleurs. Se maria à 15 ans.

Cette dame a eu 4 enfants, le dernier a 2 ans et demi.

Toutes les grossesses ont été normales et la santé a été toujours excellente.

D. R. le 20 mai 1898.

Ayant attendu vainement ses règles les deux mois suivants et constatant les symptômes objectifs et subjectifs de ses grossesses antérieures, elle se persuada qu'elle était enceinte.

Tout alla bien, lorsque six jours environ après l'époque correspondant à sa troisième période menstruelle elle fut prise d'un écoulement sanguin non douloureux.

Cet écoulement persista trois semaines avec une abondance variable et des interruptions allant de quelques heures à un jour ou deux et toujours sans douleur. En même temps tous les signes de grossesse disparaissaient.

Un matin en se coiffant la malade est prise tout à coup d'une douleur violente dans la région ovarienne droite avec irradiation vers la cuisse et d'un écoulement de sang qui tombait sur le parquet.

La douleur était si violente que cette dame fut obligée de se coucher par terre repliée sur elle-même pour en calmer un peu la violence.

Ce sont de véritables coliques semblables aux douleurs du travail, mais beaucoup plus violentes. Ces coliques durèrent longtemps et laissèrent après une sensibilité locale qui a persisté durant toute la maladie.

Il y avait 7 semaines qu'était apparue la première hémorrhagie et 4 semaines environ depuis que les douleurs s'étaient installées, les paroxysmes de douleur duraient de quelques minutes à quelques heures et leur violence était si grande que que les que soient les circonstances dans

lesquelles cette dame se trouvait elle était obligée de se coucher sur le sol, les membres inférieurs pliés sur l'abdomen. Quelques lambeaux de membranes furent rejetés mais aucun caillot.

La malade était très affirmative sur ce point, qu'à aucun moment il n'y eut d'odeur dans l'écoulement.

Sur le conseil de ses amies elles avait pris de l'ergot de seigle pendant quelques jours, elle avait également consulté un médecin, mais j'ignore pendant combien de temps, de même que le diagnostic et le traitement.

Les douleurs avaient disparu au moment de ma visite, mais elles s'étaient produites la veille au soir et pendant une partie de la nuit et ne furent que partiellement calmées par une forte dose de morphine. J'ai oublié de dire qu'à aucun moment il n'y avait de fièvre ni d'accidents septiques.

Le récit de cette dame était si caractéristique d'une grossesse extra-utérine, que mon attention fut immédiatement attirée de ce côté.

Avant l'examen, j'en fis part au mari, j'ai prévenu aussi de la gravité du cas, et de ce que j'aurais à faire si mon diagnostic se justifiait à l'examen.

L'état général dû aux douleurs persistantes et aux hémorrhagies, réclamait une intervention. Que le fœtus était mort, j'en étais assuré par la disparition de tout signe de grossesse depuis 6 semaines.

Procédant à l'examen, je constatai que les muqueuses vaginales et cervicales étaient d'une teinte violette, beaucoup plus prononcée que dans aucun cas de grossesse que j'ai jusqu'alors observé. L'utérus était dans une position

normale mais visiblement augmenté de volume et fixe. Le col était de consistance ferme, dû à la présence de tissu cicatriciel. Sur le côté gauche, se trouvait une ancienne déchirure du col, s'étendant au-delà de la jonction avec le vagin. De l'angle supérieur de la déchirure, on pouvait facilement sentir une bande cicatricielle allant jusqu'au ligament large du côté gauche. Il n'y avait ni hypertrophie ni éversion du col. A gauche de l'utérus rien d'anormal à noter sauf la bande cicatricielle déjà mentionnée. A droite, on voit une masse du volume d'un poing d'adulte, ronde ou légèrement ovoïde, très sensible, dure non fluctuante et paraissant attachée à la corne droite de l'utérus. A cause de la sensibilité de l'exploration et de la fixité de l'utérus, ce ne fut pas complètement élucidé. Le diagnostic devait être fait entre un avortement possible avec salpingite consécutive et une grossesse, savoir avec de grandes chances pour la 2^e hypothèse.

Dans l'un ou l'autre cas la laparotomie était l'unique indication.

Toutefois avant d'intervenir je résolus d'attendre quelques jours en me tenant prêt d'intervenir en cas de nécessité. Puis pour parfaire le diagnostic je me proposai d'explorer avec soin la cavité utérine.

En consultation le Dr Hendrich admit avec moi la possibilité d'une grossesse tubaire et l'avantage d'une exploration de l'utérus.

Le 25 décembre. — Avec l'assistance du Dr Hendrich, sous le chloroforme et toutes les mesures d'asepsie ayant été prises je dilatai doucement le col et fis un curettage complet de la cavité utérine avec un soin tout spécial sur

la corne droite. Au moment de la dilatation il se produisit un jet de sérum suivi de sang. Cet écoulement n'avait absolument aucune mauvaise odeur. La curette fut introduite sur une longueur de 5 centimètres et put se mouvoir librement dans toutes les directions dans une cavité vide et spacieuse. Quelques débris de membranes ressemblant à une caduque furent ramenés par la curette. Ces débris attentivement examinés ne présentaient aucun signe de décomposition. L'utérus fut lavé avec une solution de créoline. Une bande de gaze iodoformée fut placée au fond de l'utérus et le vagin tamponné.

Cette intervention ne fut suivie d'aucune douleur ni de sensibilité, mais la nuit suivante la malade eut une violente crise douloureuse mais d'assez courte durée. Le lendemain dans l'après-midi apparurent de nouvelles douleurs comparables aux douleurs du travail. A ma visite du soir après avoir enlevé la gaze du vagin je trouvai le col largement dilaté et un fœtus. Il se produisit alors un écoulement sanieux et de très mauvais aspect.

L'utérus paraissant incapable d'expulser son contenu, j'en pratiquai la délivrance à l'aide du doigt et j'amenai un fœtus d'au moins trois mois et un placenta en pleine décomposition et je ne me rappelle pas d'avoir jamais senti quelque chose de plus nauséabond.

L'utérus se contracta vivement, mais à cause de sa large déchirure du côté gauche, le col resta si largement ouvert qu'il me fut possible d'y introduire l'index et de le mouvoir dans différentes directions dans la cavité utérine jusque dans *un sac très appréciable* situé du côté droit. Je pus ainsi enlever tous les caillots et débris qui s'y trou-

vaient, le tout sans aucun effort dans la crainte d'effondrer la paroi péritonéale. J'ai achevé mon intervention par une injection intra-utérine et un lavage soigné du sac avec une solution de sublimé au 1/2000 suivie d'une injection d'eau stérilisée, les injections furent répétées deux fois par jour pendant quelque temps. Le résultat a été excellent et aujourd'hui 20 décembre la malade est complètement guérie. Toutefois il existe encore une certaine dilatation de la corne droite mais sans aucune sensibilité.

A la suite de cette observation l'auteur se demande si véritablement il s'est trouvé en présence d'une grossesse interstitielle (à supposer qu'un tel type existe), mais quelle qu'en soit l'espèce, ajoute-t-il, le sac était incontestablement développé dans la cavité utérine. Je ne me suis pas aperçu au moment du curetage d'une proéminence spéciale de la cloison droite. Je pense que la curette a pu diminuer la résistance du sac dans une mesure suffisante pour que la nuit suivante au moment où les douleurs survinrent la cloison ait pu s'effondrer.

Les conclusions de l'auteur qui « *le sac (?) était incontestablement développé dans la cavité utérine* » nous dispense de commentaires.

Je pense, ajoute-t-il, que la curette a pu diminuer la résistance du sac dans une mesure suffisante, pour qu'elle ait pût s'effondrer la nuit suivante.

D'ailleurs l'auteur a intitulé son observation « *grossesse extra utérine de la variété interstitielle ou tubo-utérine* » et nous nous demandons pourquoi Vial l'a

citée dans sa thèse. Il est vrai qu'elle est notablement écourtée ; nous avons tenu à la reproduire textuellement.

OBSERVATION XVI

Grossesse extra-utérine de variété interstitielle, terminée par une rupture par Robert Mac Lean Taft.

Lecture faite devant la Société de Bellevue hospital le
4 mai 1898.

(N. J. Médical Journal 3-7 sept. 1898).

Mlle A..., âgée de 30 ans, se maria à l'âge de 25 ans.

Elle a eu deux enfants, une fille âgée actuellement de 3 ans 1/2 et un garçon âgé de 1 an 8 mois. Les deux accouchements ont été parfaitement normaux. Pas de fausse-couches. Elle n'a rien présenté qui aurait pu faire prévoir un trouble utérin quelconque.

P. R. — 18 ans.

Les périodes menstruelles étaient toujours régulières, très abondantes et douloureuses avant son mariage, depuis elles ont continué à être régulières et abondantes mais ont cessé d'être douloureuses.

Le 16 décembre 1897, j'ai été appelé pour la première fois auprès de la patiente, pour son mauvais état général et un écoulement abondant et gênant.

Elle m'a donné les renseignements suivants sur ses troubles.

D. R. — Fin octobre 1898. — Environ 4 novembre.

Rien de remarquable dans ses D. R., excepté leur grande profusion, une légère douleur et l'expulsion de quel-

ques grumeaux. 15 jours à peu près, après ces règles, la patiente a remarqué elle-même qu'elle devenait nerveuse, triste, irritable et portée à s'occuper des sujets morbides. Elle souffrait du vertige, et était incapable de fixer son attention. Dix jours après, elle ressentit de fortes douleurs, s'irradiant dans la région pelvienne. Depuis la fin du mois de novembre, abondant écoulement leucorrhéique, coloré parfois en rouge-rouille. Rien du côté de l'estomac, pas de nausées ni de vomissements.

Appétit bon, constipation.

Depuis la même époque (fin de novembre) violentes crampes dans le bas du pelvis, qui, dit-elle, la font crier et se pencher. A ce moment elle prenait une espèce de « *femeale regulator* » (some kind of femeale regulator).

Au commencement, ces douleurs venaient tous les jours ou tous les deux jours, mais vers le 16 décembre, elles sont devenues plus constantes. Pendant tout ce temps, elle continuait à faire de la bicyclette, même pendant ses dernières règles.

Pas de règles au mois de novembre, mais leucorrhée plus abondante et colorée en rouge-rouille. Quand j'ai été appelé auprès d'elle, elle se plaignait principalement de l'état misérable de son système nerveux, des crampes dans le bas du pelvis, irradiant dans le dos, et s'exaspérant par l'exercice ou la marche, et de l'écoulement, (discharge).

A l'examen, l'utérus paraît augmenté de volume, très douloureux au toucher et — et cela n'est pas très net, — déplacé en arrière.

Après la naissance de son dernier enfant, son médecin lui a dit que l'utérus n'a pas subi complètement son invo-

lution, parce qu'elle s'était levée trop tôt. L'utérus n'est pas retenu en bas par des adhérences. L'examen au spéculum montre un col gros, bouffi, rouge et cedémateux, on y voit des anciennes déchirures. Le canal est ouvert et il en sort un léger écoulement rouge-rouille.

Par le toucher rectal, j'ai constaté que l'utérus était déplacé en arrière. La patiente était un peu sensible à ce toucher. Mettant de nouveau le spéculum, j'ai constaté que la manipulation a fait sortir une quantité considérable de sang rouge et brillant du col.

Je pensais me trouver en face d'une endométrite associée à l'aménorrhée, ou bien devant une fausse couche. Je l'ai fait garder le lit en décidant d'attendre quelques jours pour me prononcer.

La température était à ce moment à 36°,7 poulx 78°, respiration 20°.

La patiente a eu quelques crampes le lendemain, et ne sachant pas quel parti prendre, j'ai introduit un tampon dans le vagin. En le retirant, le lendemain, il était imprégné de sang ayant toutes les apparences des règles, j'ai introduit un nouveau tampon et enjoint à la malade de garder le lit. Elle s'est levée, d'ailleurs de bonne heure, le lendemain et pendant qu'elle était dans une chaise, elle éprouvait des douleurs et expulsa le tampon, qu'elle a introduit.

En examinant la gaze, j'y ai trouvé une petite portion de membrane déciduale. La malade m'a dit que la gaze était couverte de sang, et qu'elle en a enlevé plusieurs caillots. J'ai pensé alors que cela devait être un avortement de trois semaines environs, et comme son état général s'est rapidement amélioré, et que la leucorrhée a sensiblement

diminué sans l'influence des lavages antiseptique et astringents, j'ai supprimé le traitement. Mais en même temps j'ai été dans le doute, si je ne devais pas faire un curettage. La famille y étant opposée, son pouls et sa température étant normaux, j'ai trouvé que cela n'était pas nécessaire.

Le 29 janvier 1898. — La malade revient dans mon cabinet en disant que la leucorrhée était réapparue, et qu'elle était redevenue malade.

Elle avait une douleur sourde, persistante et agaçante dans le pelvis et dans le dos. En outre elle se plaignait des douleurs lancinantes et des douleurs de l'accouchement dans le pelvis. La pression, dans cette région, était très sensible, son système nerveux était en désordre. Elle était très triste, pleurait facilement, cherchait l'isolement et était incapable de se livrer à un travail quelconque. Les seins ont augmenté de volume, et sont hypéresthésiés. Pas de nausées ni vomissement.

Le col était augmenté et œdémateux. De son canal entrouvert, s'écoulait un liquide muco-purulent coloré rouge-rouillé. La pression augmentait cet écoulement. En faisant un double examen, j'ai trouvé le corps de l'utérus très augmenté et sensible, mais pas d'irrégularité.

Le canal était un peu dirigé à gauche.

Le canal du col étant ouvert et dilaté, j'ai introduit avec précaution une sonde, j'ai trouvé la cavité agrandie et, comme je le croyais, vide, l'organe mou et saignant. Une petite curette a ramené une certaine quantité de tissu fongode gélatineux.

J'ai examiné toutes les possibilités, et par le procédé d'exclusion, dont les détails seraient très longs à énumérer,

j'ai pensé que cela était un cas de subinvolution et d'endométrite chronique, avec rétention possible de la caduque.

J'ai décidé de faire un examen plus complet sous l'anesthésie, et l'opération de curetage qui a été acceptée par la famille.

Opération 3 février.

Cœur et poumons en bon état. Rien d'anormal dans la mine. Anesthésie chloroformique.

Sous l'anesthésie, l'utérus a été trouvé très dilaté, en égère rétroversion, mais je n'ai trouvé aucune irrégularité marquée de la tumeur. J'ai procédé à l'opération et sorti une grande quantité de membranes muqueuses, dégénérées et altérées, mais rien qui ressemblât à du tissu organisé. J'ai achevé l'opération par une grande irrigation au sublimé à 1 pour dix mille, et bourré la cavité utérine avec 4 yards de gaze iodoformée, stérilisée, coupée en morceaux.

Après l'opération, l'utérus était proéminent et à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Le malade s'est remis rapidement des effets du chloroforme. Je quittais la patiente en espérant qu'avec le temps nécessaire, l'utérus se dégorgera, diminuera et reviendra à son état normal. Les premiers trois jours, tout se passa fort bien, excepté de temps à autre une douleur aiguë dans le côté droit. Les premières 28 heures, la température oscillait entre 95 et 100, ensuite elle est revenue à la normale. La gaze a été retirée le 5 février. La malade perdait beaucoup quand la gaze a été retirée. Dans la nuit du 6 février, j'ai été appelé en toute hâte auprès la malade pour une hémorrhagie.

L'infirmière m'a montré deux gros caillots et environ

20 petits de grosseur d'une noix. Quand j'arrivai, l'hémorrhagie a cessé. Elle avait cessé en effet aussitôt que les caillots ont été expulsés.

Avec un « dressing forceps » j'ai tamponné l'utérus, et ai donné des instructions pour le cas où une autre hémorrhagie surviendrait. L'écoulement continuait abondant et était caractéristique d'une endométrite.

Jusqu'au 17 février, il n'y a rien à marquer excepté une sensation de poids et de temps à autre une douleur aiguë dans la région suprapubienne. Le 17 j'ai constaté que l'utérus a notablement diminué étant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mais avec sa réduction il s'est développé une tumeur plus marquée à droite. La position de cette tumeur pourrait être figurée, si l'on se représentait une orange dont une moitié serait dans l'utérus et l'autre dehors à proximité ou tout près de la jonction de la trompe avec l'utérus, la partie extérieure de cette tumeur est palpable à travers l'abdomen et présente plus de résistance à droite qu'à gauche du col. Le col était décidément incliné à gauche.

L'évidence est venu confirmer mes soupçons qu'en dehors de la subinvolution et d'endométrite chronique je me trouvais en face d'autre chose encore. Le 18, le malade a une nouvelle hémorrhagie, légère, peu de sang, mais beaucoup de caillots. Avant, j'ai été porté vers l'idée de gestation extra-utérine, mais peu sérieusement, maintenant cela était surtout dans ma pensée.

Je comprenais aussi que d'autres conditions pouvaient être présentes, comme un fibro-myome, une salpingite ou grosseur dans un utérus unicorne ou bicorne. Croyant

à la possibilité d'une grosseur extra-utérine, j'ai apporté le 18 ma pile avec l'intention de tuer le fœtus. s'il y en avait un et de provoquer une consultation.

J'appliquai le 18 et le 19 février les courants galvanique et faradique. La malade ressentit une ou deux fois des douleurs aiguës, lancinantes, mais n'a pas pu les localiser. Dans l'après-midi du 19 février, la malade se trouvant bien des courants électriques, pensa qu'elle pouvait de son propre chef en faire une nouvelle application.

Cette séance dura deux heures. Le soir même la malade était reprise des douleurs lancinantes et des crampes, et le lendemain dès la première heure, je fus appelé en toute hâte et voilà le récit qui me fut fait. Dès le matin, la malade avait ressenti une douleur et à la suite de cette douleur elle éprouva la sensation d'un corps qu'elle évacuait. Elle supposa que c'était un caillot de sang, mais à un examen plus attentif on découvrit un fœtus retenu par son cordon à l'intérieur du vagin. Je trouvais le fœtus petit pour son âge présumé de deux mois à deux mois et demi environ. Il était facile de le mobiliser à une certaine distance du vagin, mais les tractions sur le cordon n'eurent aucun résultat. Il y avait un léger suintement de sang venant du vagin. J'introduisis ma main dans le vagin et mon index à travers le canal cervical, suivant le cordon aussi loin que possible, mais il me fut impossible d'atteindre le placenta, et je ne pus me rendre compte de sa situation.

Aussitôt qu'il me fut possible de m'adjoindre un confrère la malade fut anesthésiée et placée dans une situation convenable à l'aide d'un drap placé au-dessous des genoux et lié autour du cou. Introduisant ma main dans le vagin, et

deux doigts dans l'ouverture du col, suivant toujours le cordon effectuant une pression de l'extérieur pour abaisser l'utérus. je pus atteindre le placenta situé très haut sur le côté droit et très adhérent à la partie supérieure d'une poche dilatée, à paroi extrêmement mince. La paroi de l'utérus sur son côté gauche, était d'une épaisseur normale et contractée. Le tiers moyen de l'utérus était, comme on peut le supposer d'un utérus, de cette grandeur, c'est-à-dire que les parois avaient une épaisseur d'environ un inch (1), alors qu'à droite, les tissus étaient dilatés en une sorte de poche ayant la forme d'une gourde, et dont les parois me parurent être aussi minces que du parchemin.

Une tentative faite dans le but de libérer le placenta fut suivie d'une contraction utérine qui intercepta l'orifice de sortie de la cavité contenant encore les membranes. Le retrait de ma main fut suivi d'un flot de sang assez alarmant pour nécessiter la compression bimanuelle immédiate de l'utérus suivie d'irrigations chaudes et d'un tamponnement à la gaze quand on se fut rendu maître de l'hémorragie. Le sang ayant jailli de tous côtés et bien que le pouls resta relativement satisfaisant l'état général de la malade était ce qu'on peut imaginer en pareil cas. Lorsque le tamponnement fut levé l'hémorragie était jugulée, toutefois on constatait encore un suintement abondant. Il n'y avait plus de temps à perdre et ayant décidé que le placenta devait être enlevé sans délai et par le vagin si la chose était possible, nous nous mîmes à l'œuvre résolument. Les adhésions du placenta étaient solides et difficiles à atteindre et toute tentative faite avec un instru-

(1) Inch ou pouce 2,54 centim.

ment sans oblitérer l'orifice du col était l'occasion d'une hémorrhagie.

Pour résumer, au cours de ces manœuvres je réussis à arracher le placenta en une vingtaine de petits morceaux et en une portion considérable contenant les membranes. Ce ne fut pas sans peine que je réussis dans mon intervention, car j'étais sans assistance, si j'en excepte toutefois mon très honoré confrère chargé de l'anesthésie. L'utérus fut tamponné avec de la gaze stérilisée iodoformée et la patiente mise au lit dans un état relativement satisfaisant malgré la perte sérieuse de sang. Je suppose qu'au cours de mon curettage j'ai fait une voie par laquelle le fœtus a pu être éliminé par l'utérus. Cet événement fut causé incontestablement par la mort du fœtus ou l'emploi des courants qui produisirent des contractions suffisantes pour atteindre ce résultat. Le pouls et la température de la patiente bien qu'ayant eu parfois une certaine élévation n'eut causé aucune inquiétude et la guérison se fit sans incidents, sauf quelques douleurs localisées dans la portion centrale du bassin et le côté droit.

Elle restait extrêmement sensible dans ces régions, et trois semaines après elle pouvait faire sans trop de fatigue une petite promenade, le fait seul d'élever son bras droit au-dessus de la tête lui causait une douleur violente dans le côté droit. Quatre semaines après ma dernière intervention à l'examen que je fis, l'utérus avait diminué de volume. Sur le côté droit, je ne constate qu'une consistance plus considérable qu'à gauche, et plus loin dans la direction de l'ovaire, la sensation d'une corde de dimensions d'un crayon. La région droite était sensible mais non douloureuse.

Quelque temps après cet examen, la patiente fut de nouveau réglée. Les menstrues furent douloureuses, abondantes, sanguinolentes accompagnées de caillots et de débris de membranes.

Cet écoulement dura 14 jours, s'arrêta trois jours, reparut de nouveau par intervalles la semaine suivante pour cesser enfin complètement.

Je l'ai examinée de nouveau vers le 10 avril, j'ai trouvé l'utérus petit, mobile avec une légère rétroversion, il y avait seulement un sentiment de malaise à droite et il était difficile de rien percevoir de net. Le 15, les règles ont fait leur apparition, elles ont été presque indolores, durèrent quatre jours et furent parfaitement normales. Sous l'influence d'un traitement tonique et réparateur cette jeune femme a rapidement récupéré sa santé et actuellement elle se trouve dans des meilleures conditions physiques et mentales.

Nous avons cité cette longue observation *in-extenso*. Cette observation n'est pas plus convaincante que les précédentes. L'hypothèse la plus plausible est que nous nous trouvons ici en face d'un utérus bicorne. Cette dernière grossesse s'est précisément développée dans une petite corne. La malade a été soulagée par l'électricité, ses forts courants ayant tué le fœtus. Mais même en admettant que c'était là une grossesse tubo-interstitielle, puisque l'auteur dit que la tumeur aurait pu être comparée à une orange, dont une moitié serait dans l'utérus et l'autre en dehors tout près de la jonction de la trompe avec l'utérus, nous ne voyons encore là qu'une rupture dans l'utérus.

OBSERVATION XVII

Gebhard (*Münchener Medicinisch Wochenschrift*, 1895 n° 35).

Une femme A. T., âgée de 24 ans, est accouchée pour la dernière fois au mois d'octobre 1893. Les règles qui réapparaissaient rapidement et revenaient régulièrement toutes les quatre semaines à la suite des grossesses antérieures firent complètement défaut à la suite de son dernier accouchement. De plus cette femme se sentait mal en train et des douleurs abdominales apparurent dès le mois d'octobre 1893. Au milieu du mois d'août les douleurs augmentèrent et prirent le 28 avril une acuité extrême comparables, dit-elle, à celles de l'accouchement. Au début les douleurs furent surtout ressenties du côté droit, puis à gauche, finalement elles se localisèrent vers le milieu de l'abdomen.

Un médecin ayant été appelé, réussit à calmer les douleurs, mais bien que la malade fût soumise à des nombreuses séances de massage les douleurs persistèrent avec une intensité variable. En juin 1899 la malade entre dans mon service. L'aménorrhée dure depuis sept mois et demi. À l'examen l'utérus paraît augmenté un peu de volume, le col est légèrement entrouvert. On constate un peu d'écoulement et une légère paremétrite gauche. À droite, près de l'utérus existe, une tumeur, difficilement mobilisable, très sensible à la pression.

Cette femme affirme à la suite d'interrogatoires répétés qu'elle n'est certainement pas enceinte, car tous les symp-

tômes qui lui sont très familiers ont fait complètement défaut.

L'augmentation de l'utérus n'ayant aucun rapport avec la longue durée de l'aménorrhée, je pensais que le cathétérisme était non seulement autorisé mais utile. La sonde introduite pénètre très facilement dans l'orifice externe de l'utérus. On constate une cavité utérine dilatée mais vide. Les mouvements imprimés à l'aide de la sonde sont extrêmement douloureux surtout à droite.

Dès le lendemain se produit une hémorrhagie très abondante et des douleurs semblables aux douleurs de l'accouchement. Le deuxième jour on trouve dans les caillots sanguins des débris d'un petit squelette (côtes, fémur, bassin, et du crâne), complètement macéré et correspondant par sa grandeur à un fœtus de 3 à 4 mois. Chaque expulsion nouvelle, si insignifiante fût-elle, s'accompagne d'hémorrhagie et de violentes douleurs. Comme je ne voulais pas entraver cette élimination et comme d'autre part je n'avais aucun moyen d'en noter le processus, j'attendis et ce ne fut qu'au bout de près de six semaines que tout fragment disparut. J'essayais le tamponnement et les moyens internes sans réussir à arrêter définitivement les hémorrhagies. Ce fut seulement à l'aide d'injections sous-cutanées d'ergotinine qu'elles s'arrêtèrent presque instantanément. Depuis, cette femme continue à ressentir des douleurs assez violentes dans le paramétrium et les règles sont irrégulières.

L'auteur conclut à une grossesse tubaire, dont le fœtus succomba et se réduisit à un squelette : la cloi-

son qui séparait la trompe de la cavité utérine fut vraisemblablement effondrée par le cathétérisme, une baie fut ainsi ouverte qui permit l'expulsion du squelette.

L'analyse de cette observation nous est rendue facile par M. Gebnard lui-même. Nous acceptons ses conclusions.

Il conclut, en effet, que la rupture du kyste fœtal a été effectuée par le cathéter qui a effondré la cloison qui séparait la trompe de la cavité utérine. Il ne s'agit nullement là d'un avortement tubo-utérin, mais bien d'un accident tout à fait spécial, que nous avons apprécié dans notre chapitre: l'avortement dit tubo-utérin page 12.

CONCLUSIONS

1° L'avortement tubo-utérin c'est-à-dire le passage de l'œuf de la trompe dans l'utérus n'est pas actuellement scientifiquement démontré.

2° *A fortiori* la greffe de l'œuf ectopique sur la muqueuse utérine après le passage de la trompe dans l'utérus n'a pas été prouvée jusqu'ici.

3° Les observations d'avortement tubo-utérin ne sont que des erreurs de diagnostic, une grossesse utérine ayant été méconnue et prise pour une grossesse tubaire.

4° Toute pratique tendant à provoquer l'avortement tubo-utérin doit être proscrite, ces tentatives ayant toujours été impuissantes à atteindre ce but.

5° Dans les cas où un avortement a suivi les tentatives, le diagnostic était erroné, une grossesse utérine ayant été prise pour une grossesse tubaire.

6° Il en est de même des observations où à la suite des séances de faradisation on aurait pu obtenir la greffe de l'œuf ectopique sur la muqueuse utérine. Il est évident qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Axtell.** — Extra-utérine, pregnancy New-York medical Journal, 13 sept. 1891.
- Boldt de New-York.** — Grossesse ectopique. Méd. News, 17 avr. 1897.
- Eierman.** — Un cas de grossesse tubo-utérine. Monat. f. geb., janvier 1897.
- Gebhardt.** — Un cas de grossesse tubaire interstitielle terminée par guérison.
- Gray.** — Grossesse extra-utérine interstitielle. The americ. Journ. of obst., mars 1898.
- Grandin.** — Americ. Journ. of obst. 1892, p. 27.
- Brooks H. Wels.** — Ibidem, mars 1890, page 381.
- Lean Taft (Mac).** — New-York Médic. Journ., sept. 1898.
- Lutaud.** — Manuel complet de gynécologie, 1900.
- Malinovsky.** — Un cas de grossesse tubo-utérine. Ejendelnik (Russe). 1857-1895.
- Mittermayer.** — Centr. f. gyn., 1897. p. 275.
- Parkes.** — Société gyn. de Chicago. In Ann. de gynécol., 1886, XXVIII.
- Paquy.** — Thèse de Paris, 1897.
- Pilliet.** — Progrès médical, 7 avr. 1894.

Hertwig. — Traité de l'embryologie trad. fr.

Testut. — Anatomie de l'homme.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Manuel d'obstétrique.

Scutch. — Centr. für gynec., 1889, p. 15.

Trusch. — Un cas de grossesse interstitielle. Americ. Journ. of obstét., 1886, p. 1259,

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, 1892, chez Steinhel.

— Traité du palper abdominal, en obstétrique.

Hayem. — Revue des sciences médicales en France et à l'étranger, 1878. T. XIII, p. 611.

— Revue des sciences médicales en France et à l'étranger, 1878. T. XII, p. 216.

Vial. — Thèse de Nancy, 1899.

Vu par le président de thèse

PINARD

Vu par le Doyen

BOUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

L. BOYER, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

